N° 89-653-X2016010 au catalogue
ISBN 978-0-660-04309-8

Enquête auprès des peuples autochtones de 2012

Les déterminants sociaux de la santé des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

par Cristine Rotenberg

Date de diffusion : le 12 avril 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Points saillants

- En 2012, la moitié (49 %) des membres des Premières Nations âgés de 15 ans et plus qui vivaient hors réserve ont déclaré que leur santé était excellente ou très bonne; pour l'ensemble de la population du Canada, cette proportion (normalisée selon l'âge de la population) était de 62 %.

- Au total, 60 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont dit que leur santé mentale était excellente ou très bonne, comparativement à 72 % de l'ensemble de la population canadienne.

- Près des deux tiers (63 %) des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont dit qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux au moins un problème de santé chronique, ce pourcentage étant de 49 % chez l'ensemble de la population canadienne.

- Une fois pris en compte différents facteurs, dont l'âge, les comportements ayant une incidence sur la santé, le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu, les femmes des Premières Nations vivant hors réserve étaient significativement plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir au moins un problème de santé chronique.

- Après prise en compte de multiples facteurs sociaux, les variables suivantes étaient prédictives d'un mauvais état de santé (que l'on définit comme le fait de déclarer être atteint d'au moins un problème de santé chronique ou d'évaluer sa santé générale ou sa santé mentale comme étant passable ou mauvaise) :

  - faire un usage quotidien du tabac; faire de l'embonpoint ou être obèse; vivre dans un logement qui a besoin de réparations majeures; ne pas avoir terminé ses études secondaires; être sans emploi; avoir un revenu annuel du ménage qui se situe dans le tercile inférieur; vivre en situation d'insécurité alimentaire; avoir des besoins de soins de santé non comblés; n'avoir personne sur qui compter en période de besoin.

- Ces déterminants sociaux de la santé ont un effet cumulatif : plus leur nombre est grand chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, plus ces derniers sont susceptibles de déclarer un mauvais état de santé.

- Il faut aussi tenir compte de la situation inverse par rapport aux résultats présentés ici, c'est-à-dire que l'absence de déterminants sociaux prédictifs d'un mauvais état de santé témoignerait de la présence de facteurs de protection qui peuvent concourir à un bon état de santé.

Encadré 1 – À propos de cette étude

Sauf indication contraire, les données présentées dans ce rapport ont trait aux membres des Premières Nations de 15 ans et plus qui vivent hors réserve. L'analyse est fondée sur un échantillon de 8 801 membres des Premières Nations, ceux-ci étant représentatifs d'une population estimative de 405 475 membres des Premières Nations vivant dans des ménages privés au Canada. Lorsqu'elles sont disponibles et pertinentes, des données comparables sont présentées pour l'ensemble de la population canadienne. Les données sur la santé à l'échelle de la population canadienne sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Sauf indication contraire là encore, tous les chiffres ayant trait à la santé sont normalisés de façon à tenir compte de la structure par âge plus jeune de la population des Premières Nations.

Dans cette étude, « Premières Nations » s'entend des personnes qui, dans le cadre de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012, ont déclaré être membres des Premières Nations (Indiens de l'Amérique du Nord), qu'il s'agisse de leur identité autochtone unique ou qu'ils aient aussi une autre identité autochtone, c'est-à-dire Métis ou Inuit (bref, cela comprend les peuples des Premières Nations d'identité autochtone unique ou d'identités autochtones multiples). Cette définition englobe à la fois les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits.

La présente étude a comporté une analyse multivariée, ce qui a permis de produire des probabilités prédites, calculées à partir d'un modèle de régression logistique. Les estimations étaient considérées comme étant statistiquement différentes des catégories de référence applicables lorsque $p < 0,05$. Les résultats des analyses bivariées (probabilités non ajustées) sont présentés à l'annexe A. Certains résultats bivariés ont été utilisés pour donner un aperçu des estimations relatives aux résultats en matière de santé et à la prévalence des déterminants sociaux.

Les réponses « ne sait pas », « refus » et « non déclaré » ont été exclues des dénominateurs ayant servi à calculer les proportions (se reporter à l'annexe B concernant les taux de nonréponse partielle). Elles ont cependant été combinées dans une catégorie distincte pour chacune des estimations par régression des probabilités, de manière à conserver une taille d'échantillon robuste (elles ne sont toutefois pas incluses dans les tableaux du présent rapport). Un petit nombre d'enregistrements ont été supprimés pour des raisons d'ordre technique lors de l'analyse multivariée (cela représente moins de 1 % de la taille de l'échantillon initial).

Il convient d'interpréter avec prudence les estimations dont le coefficient de variation est égal ou supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %; ces estimations sont désignées au moyen de la mention (E) dans le rapport. Les estimations dont le coefficient de variation est de 33,3 % ou plus ont été supprimées et sont signalées au moyen de la mention (F).

Des poids d'échantillonnage ont été appliqués dans toutes les analyses pour rendre compte du plan d'échantillonnage, de la nonréponse et des totaux de population connus. Une technique bootstrap, disponible dans le fichier maître de l'EAPA, a été utilisée pour l'estimation de la variance.

Pour de plus amples renseignements sur la conception de l'enquête, la population visée, les concepts de l'enquête et les taux de réponse, consultez la page Web http://www.statcan.gc.ca/EAPA ou le document Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes.

Introduction

La présente étude aborde les liens entre certains déterminants sociaux de la santé et les résultats en matière de santé chez les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve. Les données proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012 et portent sur des aspects comme les problèmes de santé chroniques, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'accès aux soins de santé, l'insécurité alimentaire, les conditions de logement et la santé générale.

Les circonstances sociales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et travaillent ont une incidence marquée sur la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Cela inclut l'expérience de vie des peuples autochtones et l'influence associée à leur contexte culturel. Le cadre fondé sur le Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone (Reading et Wien, 2009) est appliqué dans cette étude à titre d'outil d'orientation analytique aux fins d'examiner les liens entre les déterminants sociaux de la santé et les résultats en matière de santé chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve. Dans ce cadre, les déterminants de la santé sont étudiés en fonction de trois catégories, selon qu'ils sont proximaux (comportements ayant une incidence sur la santé, environnement physique et social), intermédiaires (infrastructures, ressources, systèmes et capacités communautaires) ou distaux (déterminants historiques, politiques, sociaux et économiques).

Population des Premières Nations

Lors de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011, 851 560 personnes ont déclaré être membres des Premières Nations (tableau 1), ce qui représente 61 % de la population autochtone et environ 3 % de la population canadienne[1]. Plus du tiers (38 %) des membres des Premières Nations (38%) vivaient dans une réserve indienne ou un établissement indien.

Tableau 1
Distribution des membres des Premières Nations (identité unique) vivant dans les réserves et hors réserve, selon le groupe d'âge, 2011

	Total		Dans les réserves		Hors réserve	
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
Population totale	851 560	100	320 030	100	531 530	100
Moins de 15 ans	258 795	30	105 230	33	153 560	29
15 ans et plus	592 765	70	214 805	67	377 960	71
15 à 24 ans	156 865	18	60 105	19	96 760	18
25 à 54 ans	325 100	38	115 175	36	209 925	39
55 ans et plus	110 800	13	39 520	12	71 275	13
Âge médian (années)	25,9		23,9		27,1	

Note : la somme des cellules peut ne pas correspondre exactement aux totaux correspondants, car ces derniers sont arrondis indépendamment des cellules.
Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2012.

La présente étude est fondée sur les données de l'EAPA de 2012, dont la base de sondage a été établie à partir de l'ENM de 2011. Les résultats présentés ici ont uniquement trait aux membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, et ils ne sont pas censés refléter les caractéristiques de la santé de l'ensemble des membres des Premières Nations au Canada. Se reporter à l'**Encadré 1 – À propos de cette étude** pour en savoir plus sur la population à l'étude.

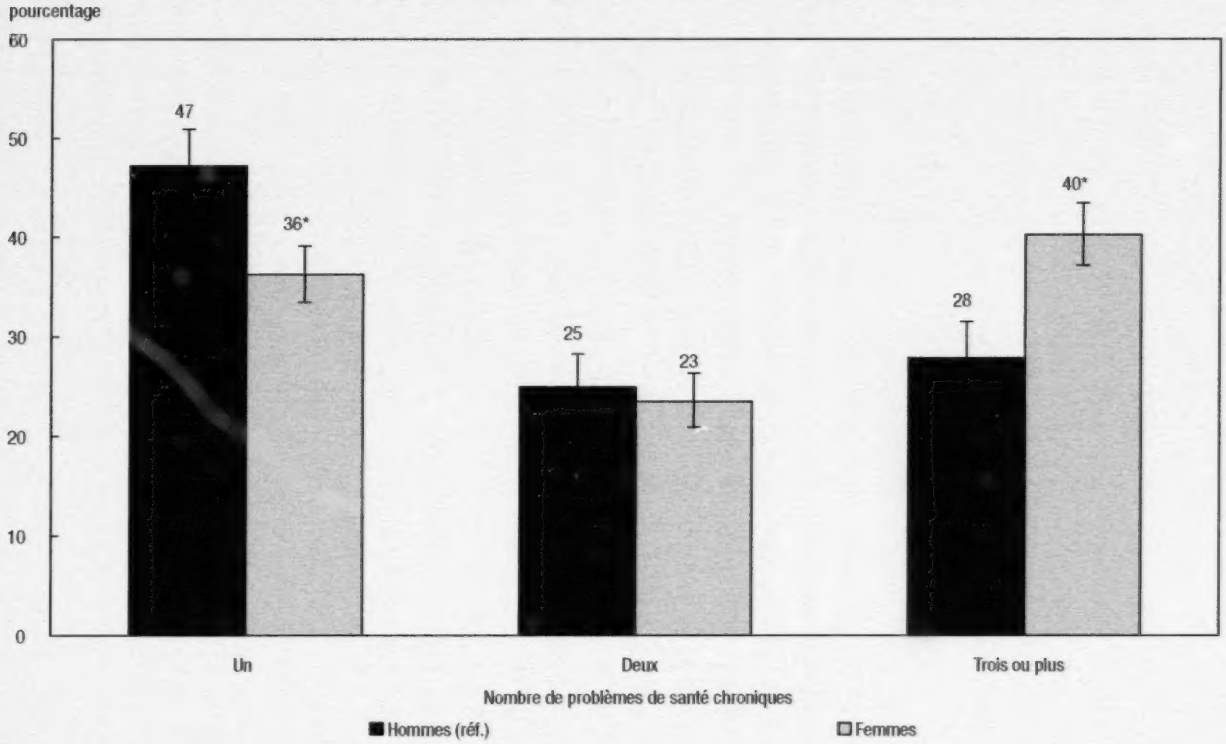
1. Dans le cadre de l'ENM de 2011, 36 des 863 réserves habitées ont été partiellement dénombrées, parce que le dénombrement n'était pas autorisé ou qu'il a été interrompu avant d'être mené à terme, ou encore à cause de désastres naturels (par exemple, des feux de forêt). Les chiffres sont fondés sur les membres des Premières Nations ayant déclaré une seule identité autochtone.

Problèmes de santé chroniques

Dans le cadre de l'EAPA, un problème de santé chronique est défini comme étant un état qui persiste depuis six mois ou plus, ou qui durera probablement six mois ou plus, et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé[2]. En 2012, 63 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré avoir au moins un problème de santé chronique, alors que cette proportion est de 49 % pour l'ensemble de la population canadienne (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC] de 2012)[3]. Les taux de prévalence des problèmes de santé chroniques sont conditionnels à la déclaration d'un diagnostic par le répondant et à la consultation d'un professionnel de la santé pour confirmer le diagnostic. Parmi les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques, 41 % ont fait part d'un seul problème, 24 %, de deux, et 35 %, de trois ou plus.

En 2012, 67 % des femmes des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve déclaraient avoir au moins un problème de santé chronique, contre 58 % des hommes.

Graphique 1
Prévalence des problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé, selon le nombre de problèmes et le sexe, membres des Premières Nations de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé chronique, 2012



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
Note : Les lignes superposées aux barres dans ce graphique indiquent l'intervalle de confiance de 95 %.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

2. Cela comprend les problèmes de santé suivant : asthme, allergies (alimentaires ou liées au système digestif, respiratoires et autres); arthrite; bronchite; diabète; trouble d'apprentissage; trouble déficitaire de l'attention (avec ou sans hyperactivité); problèmes de santé mentale; autisme; difficultés d'élocution ou de langage; déficience développementale; ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale; tuberculose; hypertension; bronchite chronique, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique; maladie cardiaque; ulcères à l'intestin ou à l'estomac; maladies intestinales; trouble de l'humeur; trouble anxieux; autres problèmes de santé à long terme.
3. Il convient de préciser que la définition des problèmes de santé chroniques n'est pas la même dans l'EAPA et dans l'ESCC. Dans cette dernière, les problèmes de santé suivants sont inclus : asthme; arthrite; problèmes de dos (excluant la fibromyalgie et l'arthrite); hypertension; migraine; bronchite chronique, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique; diabète; maladie cardiaque; cancer; troubles dus à un accident vasculaire cérébral; troubles intestinaux; maladie d'Alzheimer et autres formes de démence; troubles de l'humeur; troubles anxieux.

Les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et âgées de 15 ans et plus étaient significativement plus susceptibles que les hommes de faire état de trois problèmes de santé chroniques ou plus, et significativement moins susceptibles d'en déclarer un seul (graphique 1).

La probabilité d'être atteint d'un problème de santé chronique augmente avec l'âge : un peu moins de la moitié (47 %) des membres des Premières Nations vivant hors réserve et âgés de 15 à 24 ans ont fait état d'un problème de santé chronique; cette proportion grimpait à 62 % chez ceux âgés de 25 à 54 ans, et à 83 % chez ceux de 55 ans et plus (données non présentées).

Les membres des Premières Nations vivant hors réserve dans les territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) étaient les moins susceptibles de déclarer un problème de santé chronique (52 %, comparativement à 63 % pour l'ensemble des membres des Premières Nations; données non présentées). L'écart pourrait s'expliquer par l'accès limité aux soins de santé dans les territoires, étant donné que cet accès est nécessaire pour qu'un diagnostic puisse être posé. Il a été mentionné que l'éloignement géographique et, de ce fait, le nombre plus restreint d'établissements de soins de santé et de professionnels de la santé dans ces régions, constituent des obstacles à l'accès aux soins de santé dans les territoires (Vérificatrice générale du Canada, 2011).

Problèmes de santé les plus prévalents

Les problèmes de santé chroniques mentionnés le plus fréquemment par les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve étaient l'hypertension[4] (22 %), l'arthrite (20 %) et l'asthme (15 %). Les femmes étaient significativement plus susceptibles que les hommes de recevoir un diagnostic d'arthrite, d'asthme, de trouble anxieux[5] et de trouble de l'humeur[6] (tableau 2). Le diabète a été mentionné par 10 % de la population des Premières Nations; il s'agissait du diabète de type 2 dans la très grande majorité des cas (96 %).

Tableau 2
Prévalence de certains problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé, selon les caractéristiques de la population, membres des Premières Nations vivant hors réserve et ensemble de la population du Canada, personnes âgées de 15 ans et plus, 2012

	Problèmes de santé chroniques					
	Hypertension	Arthrite	Asthme	Trouble de l'humeur	Trouble anxieux	Diabète
	pourcentage					
Population des Premières Nations	22	20	15	15	14	10
Hommes (catégorie de référence)	21	15	12	10	10	9
Femmes	23	23*	18*	19*	18*	11
Groupes d'âge						
15 à 24 ans	3*	2[E]*	16	13	14*	1[E]*
25 à 54 ans	21*	17*	15	17*	17*	9*
55 ans et plus (catégorie de référence)	50	47	15	11[E]	9	25
Population totale du Canada (après normalisation selon l'âge)	18	12	8	7	7	5

[E] à utiliser avec prudence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).
Note : Lorsque les taux de problèmes de santé chroniques pris en compte pour l'ensemble de la population du Canada sont comparés à ceux observés pour la population des Premières Nations, il est nécessaire de normaliser la population canadienne selon l'âge, pour rendre compte de la structure par âge plus jeune de la population des Premières Nations.
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012.

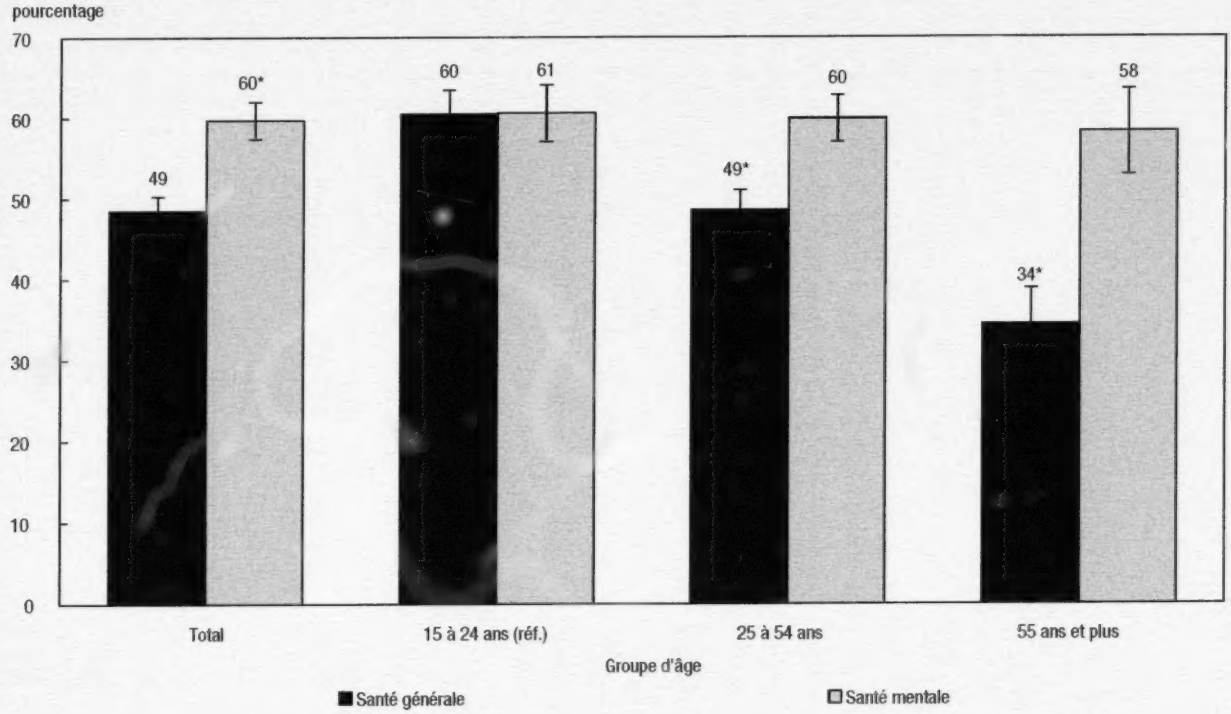
4. Comprend les personnes faisant de l'hypertension au moment de l'interview et ayant reçu un diagnostic à cet égard, de même que les personnes ayant dit avoir déjà reçu un diagnostic d'hypertension dans le passé.
5. Les troubles anxieux comprennent entre autres les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs et le trouble panique.
6. Les troubles de l'humeur comprennent notamment la dépression, le trouble bipolaire, la manie et la dysthymie.

Santé autodéclarée

En 2012, près de la moitié (49 %) des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré que leur santé était excellente ou très bonne[7], comparativement à 62 % de la population canadienne dans son ensemble (ESCC de 2012). Un peu moins du tiers (29 %) ont dit être en bonne santé, et 22 % ont dit que leur santé était passable ou mauvaise. Les personnes âgées de 15 à 24 ans étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une excellente ou d'une très bonne santé comparativement au groupe âgé de 25 ans et plus (60 % et 45 %, respectivement). Dans l'ensemble, les hommes des Premières Nations étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer que leur santé était excellente ou très bonne (52 % contre 45 %). On n'a pas observé d'écart significatif entre les régions géographiques[8].

La proportion de membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui ont dit que leur santé générale était excellente ou très bonne diminuait avec l'âge, mais il n'y avait pas de différence selon l'âge dans le cas de la santé mentale autodéclarée.

Graphique 2
Pourcentage de personnes déclarant que leur santé générale ou leur santé mentale est excellente ou très bonne, selon le groupe d'âge, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve , 2012



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
Note : Les lignes superposées aux barres dans ce graphique indiquent l'intervalle de confiance de 95 %.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

7. La santé générale et la santé mentale sont autoévaluées selon une échelle de cinq points, la santé pouvant être excellente (5), très bonne, bonne, passable ou mauvaise (1).
8. Les régions analysées sont les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, les provinces des Prairies, la Colombie-Britannique et les territoires.

Au total, 60 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré que leur santé mentale était excellente ou très bonne[9], cette proportion étant de 72 % pour l'ensemble de la population canadienne. Plus du quart (27 %) ont dit avoir une bonne santé mentale, les autres (14 %) estimant que leur santé mentale était passable ou mauvaise. Toujours chez les membres des Premières Nations, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de dire que leur santé mentale était excellente ou très bonne (64 % contre 56 %). Il faut préciser que la proportion de membres des Premières Nations disant avoir une excellente ou une très bonne santé mentale ne diminue pas avec l'âge : de fait, à mesure que leur âge augmente, ils demeurent aussi susceptibles de dire que leur santé mentale est excellente ou très bonne que ceux qui sont plus jeunes qu'eux (graphique 2).

Déterminants sociaux de la santé – Résultats en matière de santé

Certains déterminants sociaux ont une plus forte incidence que d'autres sur la probabilité d'avoir un problème de santé chronique, d'évaluer sa santé générale comme étant passable ou mauvaise, ou d'évaluer sa santé mentale comme étant passable ou mauvaise. Pour évaluer cette incidence, on teste les liens entre certains déterminants sociaux de la santé et trois indicateurs généraux de résultats négatifs en matière de santé, en prenant en compte tous les autres déterminants sociaux applicables. Les résultats multivariés sont décrits dans la présente étude à titre de probabilités ajustées, tandis que les résultats bivariés (probabilités non ajustées) figurent à l'annexe A.

Caractéristiques démographiques

Parmi les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, les femmes étaient significativement plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir au moins un problème de santé chronique (65 % contre 60 %), après la prise en compte de multiples facteurs (se reporter à la note au bas du tableau 3).

Les membres des Premières Nations âgés de 55 ans et plus étaient plus susceptibles que ceux plus jeunes d'avoir au moins un problème de santé chronique ou d'évaluer leur santé générale comme étant mauvaise ou passable, après prise en compte de différents facteurs; cependant, il n'y avait pas de différence entre les groupes d'âge pour ce qui est de la proportion faisant part d'une santé mentale mauvaise ou passable.

Tableau 3
Probabilités prédites de certains mauvais résultats en matière de santé, selon les caractéristiques démographiques, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Caractéristiques démographiques	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
Hommes	0,60*	0,21	0,12
Femmes (catégorie de référence)	0,65	0,23	0,15
15 à 24 ans	0,50*	0,14*	0,12
25 à 54 ans	0,63*	0,22*	0,14
55 ans et plus (catégorie de référence)	0,81	0,30	0,13

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Probabilités ajustées pour prendre en compte le sexe, le groupe d'âge, le type de fumeur, la consommation abusive d'alcool, l'obésité ou l'embonpoint, les réparations à apporter au logement, le fait d'avoir déménagé une fois ou plus lors des 12 derniers mois, les études secondaires, la situation d'emploi, le groupe de revenu, l'insécurité alimentaire, les besoins de soins de santé non comblés, la participation à des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue autochtone, le soutien social, la fréquentation d'un pensionnat, et la fréquentation d'un pensionnat par des membres de la famille.

Note : Les probabilités prédites sont calculées au moyen d'un modèle de régression logistique se fondant sur la valeur moyenne des covariables.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Déterminants proximaux de la santé

Selon le cadre fondé sur le Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone, les déterminants proximaux de la santé sont des facteurs qui ont une incidence directe sur la santé physique, affective, mentale ou spirituelle (Reading et Wien, 2009). Cela inclut les comportements ayant une incidence sur la santé, l'environnement physique et les ressources institutionnelles.

9. Dans le cas de la santé mentale autoévaluée, on exclut les personnes interviewées par personne interposée (9 %), c'est-à-dire lorsqu'un membre de leur ménage a répondu pour eux. Il est à noter que, du fait que les interviews par personne interposée étaient plus courantes dans le cas des personnes de moins de 18 ans, les résultats sont moins représentatifs de ce groupe d'âge. Ainsi, 37 % des répondants âgés de 15 à 18 ans (ou 25 % de ceux âgés de 15 à 24 ans) n'ont pas eu à répondre à la question d'autoévaluation de l'état de santé mentale (le pourcentage correspondant est de 5 % parmi les répondants de 25 à 54 ans, et de 7 % parmi ceux de 55 ans et plus).

Comportements ayant une incidence sur la santé

Tabagisme

En 2012, 10 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré fumer à l'occasion, et 29 % ont dit fumer quotidiennement, ce qui est supérieur à la proportion de la population canadienne de 15 ans et plus ayant déclaré fumer sur une base quotidienne, soit 16 % (ESCC de 2012).

Les risques pour la santé qui sont associés au tabagisme sont solidement établis dans la littérature spécialisée; cela inclut un risque accru de cancer et de maladie cardiovasculaire, entre autres problèmes de santé chroniques (Santé Canada, 2011). Selon les données de l'EAPA, comparativement aux personnes qui fument à l'occasion ou qui ne fument pas du tout, les personnes déclarant fumer quotidiennement étaient nettement plus susceptibles d'évaluer leur santé générale comme étant mauvaise ou faible et d'avoir au moins un problème de santé chronique (tableau 4), et ce, même après la prise en compte d'autres déterminants sociaux de la santé, comme la consommation abusive d'alcool, qui constitue un corrélat reconnu du tabagisme quotidien (Ryan et coll., 2015).

On a établi un lien entre le tabagisme quotidien et le fait d'être atteint d'au moins un problème de santé chronique ainsi qu'une santé générale et mentale (autoévaluée) mauvaise ou passable.

Consommation d'alcool

En 2012, 26 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents, comparativement à 21 % de la population canadienne dans son ensemble. Le quart des membres des Premières Nations (26 %) ont déclaré faire une consommation abusive d'alcool, ce qui correspond à cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois (Statistique Canada, 2013). Cette proportion est plus élevée que celle observée dans l'ensemble de la population canadienne (20 %)[10].

Des recherches antérieures ont mis en lumière une association entre la consommation d'alcool, ou la consommation abusive d'alcool, et de mauvais résultats en matière de santé, par exemple des maladies du foie, le cancer et des complications prénatales (Santé Canada, 2013). Cela dit, dans la présente étude, on n'a pas détecté d'association statistiquement significative avec de mauvais résultats en matière de santé, une fois pris en compte de multiples facteurs. Les personnes faisant une consommation abusive d'alcool n'étaient pas plus susceptibles que les autres de présenter l'un ou l'autre des trois résultats en matière de santé qui étaient analysés (tableau 4).

Il faut également préciser que d'autres facteurs confusionnels pourraient avoir une incidence sur ces résultats. Il se peut que les personnes atteintes d'un problème de santé chronique ne consomment pas d'alcool en raison de leur problème de santé, ou encore que les personnes estimant que leur santé est mauvaise ou passable s'abstiennent de boire de l'alcool justement en raison de leurs préoccupations concernant leur santé générale.

10. Tout comme pour les autres chiffres relatifs à la santé qui sont présentés dans cette étude, les chiffres relatifs à l'ensemble de la population canadienne ont été normalisés selon l'âge, de manière à rendre compte de la structure par âge plus jeune de la population des Premières Nations, compte tenu du fait que la consommation d'alcool est plus courante parmi les groupes plus jeunes. Avant la normalisation selon l'âge, la prévalence de consommation abusive d'alcool pour l'ensemble de la population du Canada était de 18 % (ESCC de 2012).

Tableau 4
Probabilités prédites[1] de certains mauvais résultats en matière de santé, selon les déterminants sociaux de la santé présents, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Déterminants proximaux - Comportements ayant une incidence sur la santé	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
Fumeur quotidien	0,66*	0,26*	0,16
Fumeur occasionnel ou non-fumeur (catégorie de référence)	0,62	0,21	0,12
Consommation abusive d'alcool	0,62	0,20	0,15
Ne consomme pas d'alcool de façon abusive (catégorie de référence)	0,64	0,23	0,13
Obésité ou embonpoint[2]	0,66*	0,24*	0,14
Poids normal[2] (catégorie de référence)	0,59	0,17	0,13

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Probabilités ajustées pour prendre en compte le sexe, le groupe d'âge, le type de fumeur, la consommation abusive d'alcool, l'obésité ou l'embonpoint, les réparations à apporter au logement, le fait d'avoir déménagé une fois ou plus lors des 12 derniers mois, les études secondaires, la situation d'emploi, le groupe de revenu, l'insécurité alimentaire, les besoins de soins de santé non comblés, la participation à des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue autochtone, le soutien social, la fréquentation d'un pensionnat, et la fréquentation d'un pensionnat par des membres de la famille.
2. Exclut les personnes de moins de 18 ans; exclut aussi les personnes considérées comme ayant un poids insuffisant (2,2 %).

Note : Les probabilités prédites sont calculées au moyen d'un modèle de régression logistique se fondant sur la valeur moyenne des covariables.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Obésité

En 2012, 34 % des membres des Premières Nations de 18 ans et plus vivant hors réserve étaient considérés comme faisant de l'embonpoint[11]. Un peu moins du tiers (31 %) ont été classés comme étant obèses, alors que la proportion correspondante est de 17 % pour l'ensemble de la population canadienne (ESCC de 2012). Il est établi que l'obésité est un facteur de risque pour différents problèmes de santé chroniques, comme le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et certains types de cancer (Navaneelan et Janz, 2014).

On a constaté que l'obésité était un prédicteur de la présence d'au moins un problème de santé chronique et d'une santé générale (autoévaluée) mauvaise ou passable.

Une fois pris en compte de multiples facteurs, les membres des Premières Nations de 18 ans et plus vivant hors réserve qui étaient classés comme obèses ou comme faisant de l'embonpoint étaient significativement plus susceptibles que ceux ayant un poids normal[12] d'estimer que leur santé générale était passable ou mauvaise et d'avoir au moins un problème de santé chronique (tableau 4). Il ressort des données de l'EAPA de 2012 que les personnes obèses ou faisant de l'embonpoint étaient plus que deux fois plus susceptibles que celles ayant un poids normal de déclarer avoir reçu un diagnostic d'hypertension (31 % contre 13 %) et avoir une maladie cardiaque (9 % contre 4 %[E]; données non présentées), ce qui concorde avec les résultats des recherches sur le lien entre les problèmes de santé et l'obésité.

11. Calcul effectué en fonction de normes fondées sur l'indice de masse corporelle (IMC), d'après la taille et le poids autodéclarés. Étant donné les fluctuations du poids et de la taille chez les jeunes, les chiffres portent uniquement sur les répondants âgés de 18 ans et plus, et ils excluent les répondantes âgées de 18 à 49 ans qui étaient enceintes. Il convient de préciser que la taille autodéclarée est souvent surestimée, et que le poids autodéclaré est souvent sous-estimé (Navaneelan et Janz, 2014; Connor et coll., 2008), de sorte que les mesures fondées sur l'IMC sont probablement prudentes.
12. Les membres des Premières Nations qui avaient un poids insuffisant ont été exclus des analyses des résultats en matière de santé, étant donné leur faible nombre (2,2 % de l'ensemble des membres des Premières Nations âgés de 18 ans et plus étaient considérés comme ayant un poids insuffisant dans le cadre de l'EAPA de 2012), et pour simplifier les comparaisons entre groupes selon le poids.

Déterminants proximaux – Environnement et ressources physiques

Logement

La littérature spécialisée a établi que des conditions de logement inadéquates constituent un déterminant d'un mauvais état de santé parmi la population autochtone (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2010). Cela comprend l'état physique du logement et la nécessité d'y apporter des réparations[13]. Il ressort de l'EAPA de 2012 que 13 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve résidaient dans des logements nécessitant des réparations importantes, par exemple les logements où la plomberie ou l'installation électrique est défectueuse, ou encore les logements qui ont besoin de réparations structurelles aux murs, sols ou plafonds. Après prise en compte de différents facteurs, les personnes ayant déclaré vivre dans un logement nécessitant des réparations importantes étaient significativement plus susceptibles que celles dont le logement nécessitait seulement des réparations mineures ou ne nécessitait pas de réparations de faire état de l'un ou l'autre des trois résultats négatifs en matière de santé (tableau 5).

On voit une association entre le fait de vivre dans un logement nécessitant des réparations majeures et un moins bon état de santé chez les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve.

Tableau 5
Probabilités prédites[1] de certains mauvais résultats en matière de santé, selon les déterminants sociaux de la santé présents, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Déterminants proximaux - Environnement et ressources physiques	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
Logement nécessitant des réparations importantes	0,70*	0,27*	0,18*
Logement nécessitant des réparations mineures ou ne nécessitant pas de réparations (catégorie de référence)	0,62	0,21	0,13
A déménagé une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	0,62	0,20	0,12
N'a pas déménagé au cours des 12 derniers mois (catégorie de référence)	0,63	0,23	0,14

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Probabilités ajustées pour prendre en compte le sexe, le groupe d'âge, le type de fumeur, la consommation abusive d'alcool, l'obésité ou l'embonpoint, les réparations à apporter au logement, le fait d'avoir déménagé une fois ou plus lors des 12 derniers mois, les études secondaires, la situation d'emploi, le groupe de revenu, l'insécurité alimentaire, les besoins de soins de santé non comblés, la participation à des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue autochtone, le soutien social, la fréquentation d'un pensionnat, et la fréquentation d'un pensionnat par des membres de la famille.

Note : Les probabilités prédites sont calculées au moyen d'un modèle de régression logistique se fondant sur la valeur moyenne des covariables.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Mobilité

Selon l'EAPA, en 2012, 13 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré avoir déménagé une fois au cours de l'année précédente, 2 % ont déménagé deux fois, et 1 % ont déménagé trois fois ou plus. Les profils relatifs à la mobilité résidentielle peuvent avoir une incidence sur la santé dans la mesure où des déménagements fréquents sont susceptibles d'engendrer des obstacles à l'accès aux soins de santé (Snyder et Wilson, 2012). Des recherches ont montré que, chez les enfants autochtones, la probabilité d'une excellente ou d'une très bonne santé diminuait à mesure qu'augmentait le nombre de déménagements résidentiels (Findlay et Janz, 2012).

Dans la présente étude, on n'a pas constaté de différence significative dans les résultats en matière de santé entre les personnes ayant déménagé une fois ou plus au cours des 12 mois précédents et les autres[14] (tableau 5). Il convient de noter que les travaux de recherche au sujet de la mobilité résidentielle et de la santé ont porté en

13. Le fait de vivre dans un logement surpeuplé est un autre facteur reconnu comme contribuant à un mauvais état de santé chez les populations autochtones (Assemblée des Premières Nations; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009). Toutefois, dans la présente étude, on observait une (faible) association négative entre le fait de vivre dans un logement surpeuplé et les trois résultats négatifs en matière de santé qui étaient examinés. Cette observation est paradoxale si l'on se fie à la littérature, et elle s'explique par les interactions positives et négatives avec d'autres déterminants sociaux inclus dans le modèle, comme le soutien social, l'âge et les réparations à apporter au logement. L'effet global peut comporter des effets s'annulant mutuellement et que l'on ne peut mesurer au moyen des données; c'est pourquoi le « surpeuplement » a été supprimé du modèle.

14. Un modèle parallèle a été exécuté à l'égard des personnes ayant déménagé deux fois ou plus durant les 12 mois précédents, de manière à analyser une catégorie se caractérisant par une mobilité plus fréquente, assortie d'un risque plus élevé de se répercuter sur la vie quotidienne. Toutefois, on n'a détecté aucune différence significative sur le plan des résultats en matière de santé (données non présentées).

grande partie sur les obstacles aux soins de santé (Snyder et Wilson, 2012), et que les données de l'EAPA vont dans le même sens que leurs résultats : en 2012, les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui avaient déménagé deux fois ou plus durant l'année précédente étaient significativement moins susceptibles d'avoir un médecin régulier que ceux ayant déménagé une seule fois ou n'ayant pas déménagé du tout (61 % contre 80 %; données non présentées).

Scolarité et emploi

Les recherches ont montré qu'il existait souvent une association entre un faible niveau de scolarité ou le chômage et de moins bons résultats sur le plan social et en matière de santé (Mikkonen et Raphael, 2010).

D'après les données de l'EAPA de 2012, les trois quarts (76 %) des membres des Premières Nations âgés de 25 ans et plus et vivant hors réserve avaient un diplôme d'études secondaires ou de niveau plus élevé[15]. Une fois pris en compte différents autres facteurs, dont l'âge et l'emploi, les membres des Premières Nations n'ayant pas de diplôme d'études secondaires étaient significativement plus susceptibles de déclarer être atteints d'au moins un problème de santé chronique, en plus d'évaluer leur santé générale comme étant passable ou mauvaise, que les personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou un niveau de scolarité plus élevé (tableau 6).

On observe une association entre un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires ou le fait d'être au chômage et une santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise.

Selon les résultats de l'ENM, le taux de chômage parmi les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve et ayant déclaré une identité autochtone unique était de 15,3 % en 2011, contre 7,8 % pour l'ensemble de la population canadienne (ENM de 2011). Le taux de chômage calculé à partir des données de l'EAPA de 2012 était de 13 %. Il convient de noter que 35 % des membres des Premières Nations âgés de 15 ans et plus étaient inactifs (retraités, non disponibles pour travailler, n'ont pas cherché de travail durant le mois précédent, etc.).

Après la prise en compte de multiples facteurs, il en ressort que, parmi les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui sont actifs, les chômeurs étaient significativement plus susceptibles d'estimer que leur santé générale et leur santé mentale étaient passables ou mauvaises que ceux qui avaient un emploi (tableau 6).

Tableau 6
Probabilités prédites[1] de certains mauvais résultats en matière de santé, selon les déterminants sociaux de la santé présents, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Déterminants proximaux - Environnement et ressources physiques	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
Études secondaires non terminées	0,66*	0,26*	0,15
Diplôme d'études secondaires ou de niveau supérieur (catégorie de référence)	0,61	0,21	0,13
Sans emploi[2]	0,61	0,25*	0,17*
A un emploi[2] (catégorie de référence)	0,60	0,15	0,10
Revenu annuel du ménage se situant dans le tercile le plus bas[3]	0,64	0,26*	0,16*
Revenu annuel du ménage se situant au-dessus du tercile le plus bas[3] (catégorie de référence)	0,62	0,20	0,12
Insécurité alimentaire	0,71*	0,28*	0,19*
Sécurité alimentaire (catégorie de référence)	0,61	0,20	0,12

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Probabilités ajustées pour prendre en compte le sexe, le groupe d'âge, le type de fumeur, la consommation abusive d'alcool, l'obésité ou l'embonpoint, les réparations à apporter au logement, le fait d'avoir déménagé une fois ou plus lors des 12 derniers mois, les études secondaires, la situation d'emploi, le groupe de revenu, l'insécurité alimentaire, les besoins de soins de santé non comblés, la participation à des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue autochtone, le soutien social, la fréquentation d'un pensionnat, et la fréquentation d'un pensionnat par des membres de la famille.
2. Exclut les personnes inactives.
3. Le tercile le plus bas comprend les ménages dont le revenu annuel après impôt (ajusté en fonction de la taille du ménage) était de 22 162,07 $ ou moins (d'après l'ENM).

Note : Les probabilités prédites sont calculées au moyen d'un modèle de régression logistique se fondant sur la valeur moyenne des covariables.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

15. Cela comprend les catégories suivantes : diplôme d'études secondaires ou l'équivalent; études postsecondaires partielles; certificat ou diplôme d'études postsecondaires inférieur au baccalauréat; baccalauréat; certificat, diplôme ou grade universitaire supérieur au baccalauréat.

Revenu

Les données de l'ENM de 2011 montrent que le revenu médian après impôt des ménages chez les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve s'élevait à 30 679 $, alors qu'il se chiffrait à 40 051 $ dans le cas des personnes non autochtones (ces montants étant ajustés selon la taille du ménage). Les recherches mettent systématiquement en lumière une association entre un faible revenu et de mauvais résultats en matière de santé (Association médicale canadienne, 2013).

Un autre moyen de mesurer le niveau de revenu et de se concentrer sur les personnes les plus désavantagées sur le plan économique consiste à examiner les centiles de revenu. Dans la présente étude, le tercile de revenu inférieur (qui comprend le tiers des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve) comprend les personnes faisant partie d'un ménage dont le revenu annuel après impôt (ajusté en fonction de la taille du ménage) était de 22 162,07 $ ou moins. Ces membres des Premières Nations étaient significativement plus susceptibles d'avoir évalué leur santé générale ainsi que leur santé mentale comme étant passables ou mauvaises que ceux dont le revenu du ménage était supérieur à ce tercile (tableau 6).

Insécurité alimentaire

Dans le cadre de l'EAPA de 2012, l'insécurité alimentaire s'entend des situations suivantes : toute la nourriture achetée a déjà été mangée, il n'y a pas d'argent pour en racheter, le ménage n'a pas les moyens de manger des repas équilibrés, ou les membres du ménage réduisent leur portion ou sautent des repas parce qu'il n'y a pas assez d'argent pour la nourriture. Les recherches montrent que les personnes en situation d'insécurité alimentaire courent le risque d'être atteints de différents problèmes de santé, notamment des problèmes de santé chroniques, une mauvaise santé mentale et une mobilité limitée (Tarasuk, 2009).

En 2012, 20 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve faisaient partie d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire. La proportion correspondante pour l'ensemble de la population canadienne est de 8 % (ESCC de 2012).

En 2012, un nombre disproportionné de membres des Premières Nations (comparativement à l'ensemble de la population canadienne) vivaient dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire faisait augmenter de façon significative la probabilité d'avoir de moins bons résultats en matière de santé.

Une fois que différents facteurs sont pris en compte, on observe que les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve dans un ménage ayant connu une situation d'insécurité alimentaire au cours des 12 mois précédents étaient significativement plus susceptibles que les autres de faire état de n'importe lequel des trois résultats négatifs en matière de santé (tableau 6). Cette observation concorde avec les résultats d'autres travaux de recherche axés sur les Autochtones, où l'on explique que, même après la prise en compte de facteurs comme l'âge, le sexe et le niveau de scolarité, les membres des peuples autochtones vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire présentaient une probabilité significativement plus grande d'avoir une mauvaise santé générale, de vivre beaucoup de stress et d'être insatisfait à l'égard de la vie (Willows et coll., 2011).

Déterminants intermédiaires de la santé

On considère que les déterminants intermédiaires de la santé se trouvent à l'origine des déterminants proximaux : par exemple, la pauvreté et le tabagisme s'inscrivent dans des systèmes sociaux de plus vaste portée, comme les structures communautaires (Reading et Wien, 2009). Les obstacles empêchant l'accès à des ressources pour s'assurer d'être en bonne santé ou aux connaissances sur les pratiques et comportements positifs en matière de santé constituent des exemples liés à de telles structures communautaires, tout comme les obstacles pouvant avoir restreint les pratiques traditionnelles et communautaires en vue de rétablir les liens avec la terre (Reading et Wien, 2009). Selon le cadre fondé sur le Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone (Reading et Wien, 2009), cela inclut l'accès aux soins de santé, la continuité culturelle et le soutien social.

Aucune variable relative à l'accès aux soins de santé n'a été incorporée au modèle de régression aux fins de prédire les résultats en matière de santé, étant donné que le fait de déclarer un problème de santé chronique (ou d'être informé par un professionnel de la santé au sujet de sa santé générale ou de sa santé mentale) dépend de

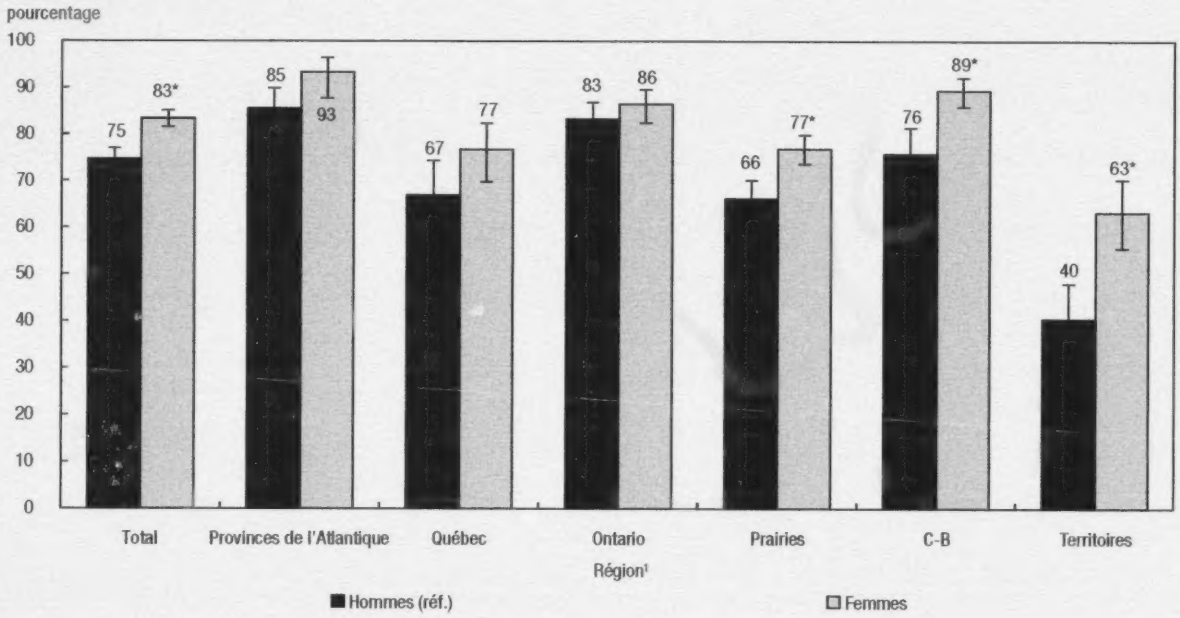
l'accès à des services de santé. Par exemple, les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve étaient plus susceptibles de dire avoir une santé générale passable ou mauvaise s'ils avaient un médecin régulier que s'ils n'en avaient pas (24 % contre 17 %; se reporter à l'annexe A), ce qui était à prévoir, puisque la consultation d'un professionnel de la santé est nécessaire pour qu'une personne puisse avoir une véritable idée de sa santé générale. Des analyses univariées et bivariées sont donc présentées dans l'**Encadré 2 – Accès aux soins de santé** pour donner une idée des proportions de membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui ont eu accès à différents services de soins de santé en 2012.

Encadré 2 – Accès aux soins de santé

Médecin régulier

La proportion de membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui ont déclaré avoir un médecin régulier (médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien) était de 80 %, soit un peu moins que pour l'ensemble de la population canadienne (85 %) (ESCC de 2012). Comparativement à toutes les autres régions, ceux qui résidaient dans les territoires étaient nettement moins susceptibles d'avoir un médecin régulier (54 %; données non présentées). Il faut noter l'écart entre les femmes et les hommes. En général, les femmes des Premières Nations étaient significativement plus susceptibles que les hommes d'avoir un médecin régulier (83 % contre 75 %), quoique cet écart varie d'une région à l'autre (graphique 3).

Graphique 3
Pourcentage de membres des Premières Nations âgés de 15 ans et plus qui ont un médecin régulier, selon le sexe et la région, 2012



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. La composition des régions est la suivante : provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick), Québec, Ontario, Prairies (Manitoba, Saskatchewan, Alberta), Colombie-Britannique, territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut).
Note : Les lignes superposées aux barres dans ce graphique indiquent l'intervalle de confiance de 95 %.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Le tiers de tous ceux qui n'avaient pas de médecin régulier (33 %) ont expliqué qu'ils n'avaient pas cherché un médecin; la raison donnée le plus fréquemment ensuite était que les médecins de leur région ne prenaient pas de nouveaux patients (21 %).

Consultation de professionnels de la santé

En 2012, 84 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont dit avoir rendu visite ou parlé à au moins un professionnel de la santé (à l'exclusion des professionnels des soins dentaires) au cours des 12 mois précédents à propos de leur santé physique, émotionnelle ou mentale. Un peu plus des trois quarts (78 %) avaient rendu visite ou parlé à un médecin de famille ou un omnipraticien, et 29 % avaient rendu visite ou parlé à une infirmière. À titre comparatif, les proportions de la population canadienne totale ayant consulté un médecin et une infirmière étaient respectivement de 79 % et de 12 % (ESCC de 2012; données non présentées).

Consultation de professionnels des soins dentaires

Selon l'EAPA de 2012, 62 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve avaient consulté un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente, tandis que la dernière consultation se situait entre un et trois ans plus tôt pour 21 %, et à trois ans ou plus pour 17 % (données non présentées).

Besoins de soins de santé non comblés

Une autre façon d'examiner l'accès aux soins de santé est de se pencher sur les besoins de soins de santé perçus mais non comblés. En 2012, 14 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont connu une situation où ils estimaient avoir besoin de soins de santé mais où ils n'ont pas reçu ces soins, cette proportion étant de 11 % pour l'ensemble de la population canadienne (ESCC de 2012)[16]. Parmi les membres des Premières Nations, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de faire état de besoins non comblés (17 % contre 12 %; données non présentées). Les raisons les plus fréquentes pour expliquer que les soins n'avaient pas été reçus étaient le temps d'attente trop long (24 %) et les coûts associés aux soins (23 %; données non présentées).

Les besoins de soins de santé non comblés ont été inclus dans la modélisation multivariée aux fins de cette étude, car il est important de savoir si les gens estiment que leurs besoins de soins de santé n'ont pas été comblés lorsque l'on analyse leurs résultats en matière de santé. Par exemple, si une personne est d'avis qu'elle aurait eu besoin de conseils en santé mentale mais qu'elle n'a pas reçu de tels conseils, cela peut influer sur sa réponse lorsqu'on lui demande d'évaluer sa santé mentale.

Après prise en compte de multiples facteurs, les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui ont fait état de besoins de soins de santé non comblés étaient significativement plus susceptibles que les autres d'afficher l'un ou l'autre des trois résultats négatifs en matière de santé (tableau 7). Bien que l'on puisse s'attendre à ce que les personnes ayant des besoins de soins de santé non comblés soient en moins bonne santé, il s'agit néanmoins d'une observation importante dans le contexte de l'examen de la situation d'ensemble au chapitre de la santé de la population des Premières Nations.

16. Les besoins de soins de santé non comblés constituaient un élément d'un module facultatif de l'ESCC de 2012 utilisé uniquement en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. De ce fait, le chiffre indiqué ne représente pas une estimation nationale.

Tableau 7
Probabilités prédites[1] de certains mauvais résultats en matière de santé, selon les déterminants sociaux de la santé présents, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Déterminants intermédiaires - Accès à des ressources en matière de santé	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
A des besoins de soins de santé non comblés	0,76*	0,36*	0,23*
Aucun besoin non comblé en matière de soins de santé (catégorie de référence)	0,61	0,20	0,11

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Probabilités ajustées pour prendre en compte le sexe, le groupe d'âge, le type de fumeur, la consommation abusive d'alcool, l'obésité ou l'embonpoint, les réparations à apporter au logement, le fait d'avoir déménagé une fois ou plus lors des 12 derniers mois, les études secondaires, la situation d'emploi, le groupe de revenu, l'insécurité alimentaire, les besoins de soins de santé non comblés, la participation à des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue autochtone, le soutien social, la fréquentation d'un pensionnat, et la fréquentation d'un pensionnat par des membres de la famille.

Note : Les probabilités prédites sont calculées au moyen d'un modèle de régression logistique se fondant sur la valeur moyenne des covariables.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Déterminants intermédiaires – Continuité culturelle

Si l'on se fie au cadre fondé sur le Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone (Reading et Wien, 2009), la continuité culturelle est un facteur important de la santé des Autochtones; on peut la décrire comme étant le degré de cohésion sociale et culturelle au sein d'une collectivité. Bien que les données de l'EAPA se limitent aux réseaux communautaires du point de vue des particuliers, les variables disponibles fournissent des renseignements sur certaines activités culturelles et relations interpersonnelles, ce qui inclut la transmission de certaines traditions autochtones d'une génération à l'autre (activités traditionnelles), en complément des liens et du soutien au niveau des familles et des collectivités autochtones (langue et soutien social).

Activités traditionnelles

La participation à certaines activités, comme la chasse, la pêche, le piégeage ou la cueillette de plantes sauvages, ne constitue pas un indicateur décisif de continuité culturelle ou de l'existence de liens; cela signifie simplement que le répondant prend part à une activité particulière. Toutefois, cette variable sert d'approximation pour mesurer les liens culturels, car elle fournit de l'information sur la participation à des activités dont on sait qu'elles font partie intégrante des pratiques culturelles et spirituelles des Premières Nations (Reading, 2009).

Lors de l'EAPA de 2012, près des deux tiers (62 %) des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré avoir participé à au moins une des activités suivantes au cours de la dernière année : fabrication de vêtements ou de chaussures; réalisation d'œuvres artistiques ou artisanales (p. ex., sculptures, dessins, bijoux); chasse, pêche et piégeage; cueillette de plantes sauvages (p. ex., baies, riz ou foin d'odeur). Les activités les plus courantes étaient la chasse, la pêche ou le piégeage : 35 % des membres des Premières Nations âgés de 15 ans et plus avaient participé à de telles activités au cours de l'année précédente.

La participation à des activités traditionnelles ne s'est pas révélée être un facteur de protection contre les trois résultats négatifs en matière de santé qui sont analysés dans la présente étude.

Bien que certaines recherches portant sur les populations autochtones en Australie aient constaté que la participation à des activités liées à des pratiques culturelles ou spirituelles, comme la chasse ou l'artisanat, pouvait faire un apport positif à la santé générale (Dockery, 2010; 2012), les résultats varient en ce qui touche les populations autochtones au Canada (Wilson et Rosenberg, 2002). Dans la présente étude, une fois pris en compte différents facteurs sociaux, les résultats donnent à penser que les personnes ayant participé à une activité traditionnelle étaient plus susceptibles d'avoir un problème de santé chronique (tableau 8). Cela peut être attribuable à d'autres facteurs : par exemple, certaines activités traditionnelles exigent une certaine force physique ou manuelle (comme la chasse ou la pêche), ou encore un certain degré de dextérité (par exemple, la couture et l'artisanat). L'effort physique associé à certaines activités traditionnelles peut expliquer pourquoi les personnes qui y participent sont plus susceptibles d'avoir un problème de santé chronique.

Langues autochtones

Lors de l'EAPA de 2012, 43 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré être capables de parler une langue autochtone, ne serait-ce que quelques mots, et 8 % ont dit la parler très bien ou relativement bien. Même si la proportion d'entre eux qui ont indiqué pouvoir parler très bien ou relativement bien une langue autochtone était faible, 59 % des membres des Premières Nations ont dit qu'il était assez important ou très important pour eux de parler ou de comprendre une langue autochtone (données non présentées).

Selon certains travaux de recherche, il semblerait que le fait de parler une langue autochtone constitue un facteur de protection contre un mauvais état de santé (Chandler, 2000; McIvor et coll., 2009); toutefois, la présente étude n'a pas révélé d'association significative entre la capacité de parler une langue autochtone et l'une ou l'autre des trois variables de résultats négatifs en matière de santé qui font l'objet de l'analyse, une fois différents facteurs pris en compte (tableau 8). Un élément pouvant avoir influé sur ces résultats est l'accès réduit à des soins de santé dans les cas où les membres d'un ménage qui parlent uniquement une langue autochtone sont confrontés à un obstacle linguistique lorsqu'ils veulent avoir accès à des services de santé (McIvor et coll., 2009). Par exemple, une proportion significativement plus basse des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui parlaient le plus souvent une langue autochtone à la maison avaient un médecin régulier, comparativement à ceux dont la langue la plus souvent parlée à la maison était le français, l'anglais ou une autre langue (59 % contre 80 %; données non présentées). Cela peut expliquer pourquoi aucun lien positif n'a été décelé entre le fait de parler une langue autochtone – qui sert d'approximation aux fins de mesurer les liens culturels – et les résultats en matière de santé qui sont analysés ici.

Tableau 8

Probabilités prédites[1] de certains mauvais résultats en matière de santé, selon les déterminants sociaux de la santé présents, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Déterminants intermédiaires - Continuité culturelle	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
N'a participé à aucune activité traditionnelle lors des 12 derniers mois	0,60*	0,23	0,12
A participé à une activité traditionnelle au cours des 12 derniers mois (catégorie de référence)	0,64	0,22	0,14
Peut parler très bien ou relativement bien une langue autochtone	0,60	0,21	0,12
Peut parler avec effort, connaît seulement quelques mots, ne peut parler du tout (catégorie de référence)	0,63	0,22	0,14
N'a personne sur qui compter pour obtenir un soutien	0,63	0,31*	0,16
Peut compter sur au moins un membre de la famille ou une autre personne pour obtenir un soutien (catégorie de référence)	0,63	0,22	0,13

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Probabilités ajustées pour prendre en compte le sexe, le groupe d'âge, le type de fumeur, la consommation abusive d'alcool, l'obésité ou l'embonpoint, les réparations à apporter au logement, le fait d'avoir déménagé une fois ou plus lors des 12 derniers mois, les études secondaires, la situation d'emploi, le groupe de revenu, l'insécurité alimentaire, les besoins de soins de santé non comblés, la participation à des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue autochtone, le soutien social, la fréquentation d'un pensionnat, et la fréquentation d'un pensionnat par des membres de la famille.

Note : Les probabilités prédites sont calculées au moyen d'un modèle de régression logistique se fondant sur la valeur moyenne des covariables.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Soutien social

On a constaté un lien entre un bon système de soutien social et des résultats positifs en matière de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Dans le cadre de l'EAPA de 2012, lorsqu'on leur a demandé vers qui ils se tourneraient pour obtenir du soutien en période de besoin, 95 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve ont mentionné des membres de la famille, des personnes ne faisant pas partie de leur famille, ou les deux. La majorité d'entre eux ont déclaré ne pouvoir compter que sur la famille (68 %), et 19 % ont dit pouvoir se tourner vers des membres de la famille ou sur des personnes ne faisant pas partie de leur famille. Enfin, 5 % ont indiqué n'avoir personne vers qui se tourner.

Le soutien social était un facteur de protection contre une santé (autoévaluée) mauvaise ou passable chez les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve.

Lorsqu'un certain nombre de facteurs sont pris en compte, les personnes ayant dit n'avoir personne vers qui se tourner pour obtenir du soutien social en période de besoin étaient significativement plus susceptibles d'évaluer leur santé générale comme étant mauvaise ou passable que celles pouvant compter sur quelqu'un (membre de la famille, personne ne faisant pas partie de la famille, ou les deux) (tableau 8).

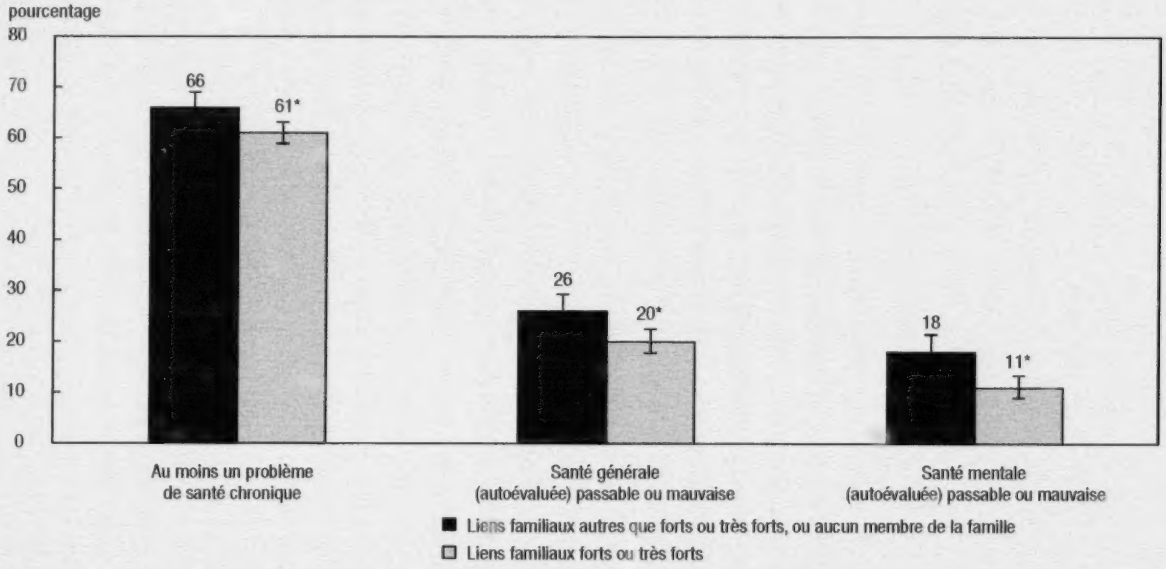
Encadré 3 – Les liens familiaux à titre de source de soutien

Les liens familiaux – tels que définis dans le contexte de l'EAPA – sont les liens entre une personne et les membres de sa famille vivant dans la même ville, le même village ou la même collectivité, mais dans un autre ménage; il s'agit d'un important indicateur de l'accès à du soutien émotif, qui s'ajoute à la variable du soutien social commentée précédemment. Toutefois, en raison de l'interaction entre ces deux variables (liens familiaux et soutien) dans un modèle multivarié où l'une est inhérente à l'autre, les liens familiaux ont été exclus du modèle de régression afin d'éliminer la colinéarité. Néanmoins, considérant l'importance accordée à la continuité culturelle – qui englobe le soutien familial – dans le cadre fondé sur le Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone (Reading et Wien, 2009), il n'est pas sans intérêt de l'étudier de façon descriptive.

À la question sur la force des liens entre les membres des Premières Nations et les membres de leur famille vivant dans la même ville, le même village ou la même collectivité, mais dans un autre ménage, 68 % ont répondu que ces liens étaient forts ou très forts. Une faible proportion d'entre eux (11 %) ont dit que ces liens étaient faibles ou très faibles, et 9 % ont indiqué ne pas avoir de membres de leur famille vivant dans un autre ménage mais dans la même ville, le même village ou la même collectivité (données non présentées).

Lorsqu'on étudie la chose indépendamment des autres variables examinées dans la présente étude, les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve qui avaient mentionné des liens familiaux forts ou très forts étaient significativement moins susceptibles que les autres de faire état de la présence de l'un ou l'autre des trois indicateurs généraux de résultats négatifs en matière de santé (graphique 4; se reporter à l'annexe A).

Graphique 4
Certains résultats autodéclarés en matière de santé, selon la force des liens familiaux[1], membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Les liens familiaux reflètent la force des liens entre le répondant et les membres de sa famille vivant dans la même ville, le même village ou la même collectivité, mais dans un autre ménage, selon une échelle allant de 1 (très faibles) à 5 (très forts). La catégorie « Liens familiaux autres que forts ou très forts, ou aucun membre de la famille » comprend les personnes qui ont dit ne pas avoir de membre de leur famille vivant dans un autre ménage, mais dans la même ville, le même village ou la même collectivité; cela indique également une absence de soutien familial.
Note : Les lignes superposées aux barres dans ce graphique indiquent l'intervalle de confiance de 95 %.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Déterminants distaux

Les déterminants distaux de la santé sont associés à la situation politique, économique et sociale; ils incluent le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale. Certains de ces concepts se prêtent mal à une mesure quantitative, et les données de l'EAPA de 2012 n'englobent pas toutes les variables d'intérêt. Cela dit, l'EAPA fournit des données sur la fréquentation d'un pensionnat, ce qui est reconnu comme étant un indicateur des effets du colonialisme, étant donné ses répercussions en termes d'assimilation de la culture et des valeurs autochtones (Reading et Wien, 2009).

Dans le cadre de l'EAPA de 2012, 9 % des membres des Premières Nations de 20 ans et plus vivant hors réserve ont déclaré avoir fréquenté un pensionnat à un certain moment de leur vie. Chez ceux âgés de 55 ans et plus, cette proportion atteignait 17 %. Au total, plus de la moitié (60 %) des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve connaissaient au moins un membre de leur famille[17] qui avait fréquenté un pensionnat[18].

Il y a déjà longtemps que les travaux de recherche ont mis en relief les effets négatifs de la fréquentation des pensionnats sur la santé (Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 2005), sans oublier les effets intergénérationnels (Bombay et coll., 2009; Bougie et Senécal, 2010; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Dans la présente étude, on n'a pas noté de lien significatif entre la fréquentation d'un pensionnat et l'un ou l'autre des trois indicateurs généraux de résultats négatifs en matière de santé analysés. Il existait des différences significatives préalablement à la modélisation – les personnes qui avaient fréquenté un pensionnat étant plus susceptibles d'avoir un problème de santé chronique ou de faire état d'une santé générale mauvaise ou passable (annexe A) –, mais ces différences cessaient d'être significatives une fois que différents facteurs étaient pris en compte (tableau 9).

Malgré le grand nombre de travaux concernant les effets négatifs de la fréquentation des pensionnats sur le plan social et au chapitre de la santé, la présente étude n'a pas permis de déceler de différence significative relativement aux résultats en matière de santé analysés.

Tableau 9
Probabilités prédites[1] de certains mauvais résultats en matière de santé, selon les déterminants sociaux de la santé présents, membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Déterminants distaux	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
A fréquenté un pensionnat[2]	0,67	0,26	0,15
N'a pas fréquenté un pensionnat (catégorie de référence)[2]	0,63	0,22	0,13
Un membre de la famille a fréquenté un pensionnat	0,61	0,23	0,12
Aucun membre de la famille n'a fréquenté un pensionnat (catégorie de référence)	0,63	0,21	0,14

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Probabilités ajustées pour prendre en compte le sexe, le groupe d'âge, le type de fumeur, la consommation abusive d'alcool, l'obésité ou l'embonpoint, les réparations à apporter au logement, le fait d'avoir déménagé une fois ou plus lors des 12 derniers mois, les études secondaires, la situation d'emploi, le groupe de revenu, l'insécurité alimentaire, les besoins de soins de santé non comblés, la participation à des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue autochtone, le soutien social, la fréquentation d'un pensionnat, et la fréquentation d'un pensionnat par des membres de la famille.
2. Inclut seulement les répondants de 20 ans et plus.

Note : Les probabilités prédites sont calculées au moyen d'un modèle de régression logistique se fondant sur la valeur moyenne des covariables.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

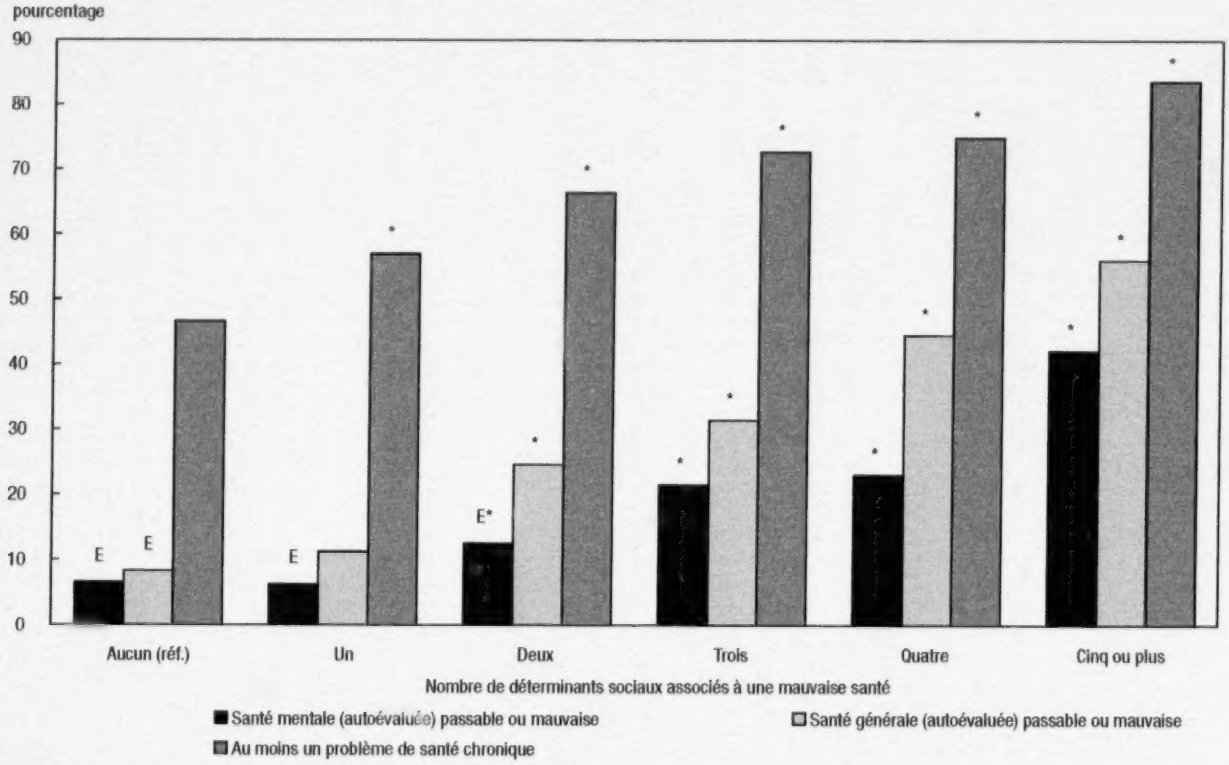
Intersection des déterminants sociaux de la santé

Jusqu'ici, la présente étude a donné un aperçu de certains résultats en matière de santé chez les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve; on a aussi examiné la manière dont différents déterminants sociaux de la santé influent sur les résultats en matière de santé. Il est manifeste que certains déterminants sociaux de la santé ont une plus forte incidence que d'autres sur la probabilité associée à de mauvais résultats en matière de santé. Il faut toutefois se demander quels sont les résultats en matière de santé chez les membres des Premières Nations lorsque de *multiples* déterminants sociaux d'une mauvaise santé sont présents.

17. Les membres de la famille comprennent les grands-parents, le père et la mère, l'époux ou le conjoint, les frères ou les sœurs, les oncles et les tantes, les cousins, etc.
18. Il convient de préciser que le taux de non-réponse concernant la fréquentation d'un pensionnat par un membre de la famille était élevé (24 %; annexe B).

Selon ce que l'on appelle la « théorie de l'intersectionnalité », des travaux de recherche ont expliqué comment les effets cumulatifs de multiples facteurs engendrant un désavantage social accentuent les résultats négatifs dans la vie (Siltanen et Doucet, 2008). La tendance à la hausse que l'on peut observer dans le graphique 5 illustre l'aggravation des effets découlant de l'intersection des déterminants sociaux de la santé : plus le nombre de déterminants sociaux d'une mauvaise santé chez un même membre des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve augmente, plus la probabilité de mauvais résultats en matière de santé est élevée (problème de santé chronique, santé générale autoévaluée mauvaise ou passable, ou santé mentale autoévaluée mauvaise ou passable). Les déterminants sociaux inclus dans ce modèle sont ceux qui constituaient les prédicteurs les plus statistiquement significatifs d'au moins un des résultats mauvais en matière de santé abordés dans la présente étude.

Graphique 5
Résultats autodéclarés en matière de santé (proportions), selon le nombre de déterminants sociaux associés à une mauvaise santé[1], membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012



E à utiliser avec prudence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Les déterminants sociaux associés à une mauvaise santé sont les suivants : faire un usage quotidien du tabac; faire de l'embonpoint ou être obèse; vivre dans un logement qui a besoin de réparations majeures; ne pas avoir terminé ses études secondaires; être au chômage; avoir un revenu annuel au niveau du ménage qui se situe dans le tercile le plus bas pour la population examinée (22 162,07 $ ou moins); avoir vécu en situation d'insécurité alimentaire au cours des 12 mois précédents; n'avoir personne sur qui compter en période de besoin.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

La probabilité de résultats négatifs en matière de santé augmente de concert avec le nombre de déterminants sociaux d'une mauvaise santé.

Il faut préciser que les chiffres qui précèdent englobent n'importe quelle combinaison de variables des déterminants sociaux de la santé. De plus, comme mentionné dans cette étude, certains déterminants sont plus fortement associés à de mauvais résultats en matière de santé. Les lecteurs, dans leur interprétation du graphique 5, sont priés de tenir compte du fait que les pourcentages figurant le long de l'axe vertical ne doivent pas être utilisés à titre d'indicateurs précis des proportions, étant donné que les déterminants sociaux de la santé qui sont inclus dans le modèle ont une incidence variable sur les résultats en matière de santé analysés[19]. Il faut

19. Le graphique 5 repose sur l'hypothèse selon laquelle les déterminants sociaux de la santé que comporte le modèle ont une incidence similaire sur les résultats en matière de santé qui sont examinés.

plutôt retenir que la probabilité de faire état de l'un ou l'autre des trois résultats négatifs en matière de santé augmente de pair avec le nombre de déterminants sociaux d'une mauvaise santé. Par exemple, la personne qui est sans emploi, qui fume quotidiennement, qui vit dans un logement nécessitant des réparations majeures **et** qui a vécu en situation d'insécurité alimentaire au cours des 12 derniers mois est significativement plus susceptible d'avoir au moins un problème de santé chronique ou encore d'estimer que sa santé générale ou sa santé mentale est mauvaise ou passable qu'une personne qui ne vit aucune de ces circonstances sociales négatives (la liste complète des déterminants examinés est présentée au bas du graphique 5).

Le taux d'augmentation des proportions selon le nombre de déterminants sociaux d'une mauvaise santé qui sont présents est similaire pour chacun des trois résultats en matière de santé analysés. Cela laisse penser que, peu importe le résultat en matière de santé, plus il y a de déterminants sociaux d'un mauvais état de santé, plus le risque global d'avoir des résultats indésirables en matière de santé augmente.

Encadré 4 – Limites

Certains des déterminants sociaux de la santé faisant partie du cadre axé sur la santé des Autochtones qui est utilisé dans la présente étude (Reading et Wein, 2009) n'ont pu être analysés à partir des données de l'EAPA, ce qui inclut des variables relatives à des déterminants intermédiaires de la santé – la gérance environnementale (définie dans le cadre comme étant la possession des terres traditionnelles), les infrastructures communautaires (financement communautaire et accès aux programmes) et les systèmes d'éducation (financement de programmes d'aide préscolaire aux Autochtones, accent mis sur le contenu ou les méthodes d'apprentissage autochtones). De plus, certaines variables de l'EAPA, comme la participation à des activités traditionnelles et la connaissance des langues autochtones, ont été utilisées à titre d'approximations des liens culturels, même si l'on sait que ces variables prises en soi ne sont peut-être pas parfaitement représentatives d'un véritable lien avec la culture. L'étude n'englobe pas non plus certaines variables de l'EAPA ayant trait à des déterminants distaux de la santé, comme l'autodétermination (maîtrise ou résilience), de même que le racisme et l'exclusion sociale. Il est également de fait que, même si l'EAPA ne comporte pas de variables sur la victimisation et la maltraitance subie durant l'enfance, ces concepts sont importants lorsque l'on examine les résultats en matière de santé, particulièrement au chapitre de la santé mentale.

Enfin, l'EAPA de 2012 est une source de données transversales, de sorte qu'il n'est pas possible d'inférer de relation causale entre les déterminants sociaux de la santé et les trois résultats en matière de santé qui sont analysés dans la présente étude.

Conclusions et recherches futures

Le présent rapport, dont la conception est fondée sur un cadre axé sur la santé des Autochtones (Reading et Wien, 2009), donne un aperçu des déterminants sociaux de la santé chez les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve. Des liens ont été établis entre les résultats en matière de santé et différents déterminants sociaux de la santé, ceux-ci pouvant être proximaux, comme les comportements ayant une incidence sur la santé ou la situation institutionnelle (p. ex., niveau de scolarité, emploi, revenu), intermédiaires (accès aux soins de santé, continuité intellectuelle) ou distaux (fréquentation de pensionnats).

Il ressort de cette étude que les déterminants sociaux suivants avaient une incidence significative sur certains résultats négatifs en matière de santé : faire un usage quotidien du tabac; faire de l'embonpoint ou être obèse; vivre dans un logement qui a besoin de réparations majeures; ne pas avoir terminé ses études secondaires; être au chômage; avoir un revenu annuel au niveau du ménage qui se situe dans le tercile le plus bas pour la population examinée (22 162,07 $ ou moins); avoir vécu en situation d'insécurité alimentaire au cours des 12 mois précédents; avoir des besoins de santé non comblés; n'avoir personne sur qui compter en période de besoin. Une analyse complémentaire a montré que la probabilité d'avoir un résultat indésirable en matière de santé augmentait de pair avec la hausse du nombre de déterminants d'une mauvaise santé.

Les comportements ayant une incidence sur la santé et les conditions environnementales et sociales influent sur les résultats en matière de santé des membres des Premières Nations.

Une analyse plus approfondie de l'information sur la santé mentale serait utile en prévision des recherches futures portant sur la population des Premières Nations; on pourrait par exemple examiner les tendances entourant les troubles de l'humeur et les troubles anxieux déclarés. L'analyse des tendances entourant la santé mentale des Premières Nations à partir d'autres sources de données, comme l'ESCC, est une possibilité à envisager ultérieurement, de même que d'éventuelles itérations futures de l'EAPA, dont les thèmes peuvent englober un contenu plus riche sur le plan de la santé physique et mentale.

Également, les déterminants sociaux de la santé qui contribuent à la mortalité constituent un important sujet de recherche dans le domaine de la santé. Des travaux récents ont montré que les taux de mortalité évitable étaient significativement plus élevés dans le cas des peuples des Premières Nations comparativement aux Canadiens non autochtones (Park et coll., 2015). En d'autres termes, les membres des Premières Nations étaient significativement plus susceptibles de mourir prématurément que les personnes non autochtones. L'étude détaillée des déterminants sociaux de la santé qui concourent à la mortalité ainsi que des facteurs de prévention pouvant réduire la mortalité évitable constitue un domaine de recherche rempli de possibilités.

Enfin, malgré le fait que, dans la présente étude, les déterminants sociaux sont en grande partie liés à des résultats négatifs en matière de santé, il faut bien réaliser que l'inverse est aussi vrai : les déterminants sociaux de la santé peuvent tout autant remplir le rôle de facteurs de protection chez les peuples des Premières Nations à partir du moment où les conditions proximales, intermédiaires et distales adéquates ainsi que les systèmes de soutien appropriés sont en place.

Annexe A

Tableau A1

Proportions (non ajustées) de certains mauvais résultats en matière de santé parmi les membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, selon les déterminants sociaux de la santé présents, 2012

	Au moins un problème de santé chronique	Santé générale (autoévaluée) passable ou mauvaise	Santé mentale (autoévaluée) passable ou mauvaise
Caractéristiques démographiques			
Hommes	0,58*	0,18*	0,10*
Femmes (catégorie de référence)	0,67	0,25	0,16
15 à 24 ans	0,47*	0,10*	0,11
25 à 54 ans	0,62*	0,22*	0,14
55 ans et plus (catégorie de référence)	0,83	0,37	0,13[E]
Déterminants proximaux - Comportements ayant une incidence sur la santé			
Fumeur quotidien	0,70*	0,30*	0,20*
Fumeur occasionnel ou non-fumeur (catégorie de référence)	0,60	0,19	0,11
A consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois	0,60*	0,18*	0,12*
N'a pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois (catégorie de référence)	0,72	0,33	0,17
Consommation abusive d'alcool	0,58*	0,18*	0,14
Ne consomme pas d'alcool de façon abusive (catégorie de référence)	0,65	0,23	0,13
Obésité ou embonpoint[1]	0,68*	0,26*	0,14
Poids normal[1] (catégorie de référence)	0,58	0,17	0,13
Déterminants proximaux - Environnement et ressources physiques			
Logement nécessitant des réparations importantes	0,77*	0,36*	0,26*
Logement nécessitant des réparations mineures ou ne nécessitant pas de réparations (catégorie de référence)	0,61	0,20	0,12
A déménagé une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	0,59	0,19	0,13
N'a pas déménagé au cours des 12 derniers mois (catégorie de référence)	0,64	0,23	0,14
Études secondaires non terminées	0,74*	0,36*	0,20*
Diplôme d'études secondaires ou de niveau supérieur (catégorie de référence)	0,61	0,19	0,12
Sans emploi[2]	0,58	0,24*	0,20*
A un emploi[2] (catégorie de référence)	0,57	0,13	0,09
Revenu annuel du ménage se situant dans le tercile le plus bas[3]	0,69*	0,34*	0,22*
Revenu annuel du ménage se situant au-dessus du tercile le plus bas[3] (catégorie de référence)	0,60	0,16	0,09
Prestations sociales à titre de principale source de revenu personnel	0,75*	0,43*	0,32*
Revenu d'emploi ou d'autres sources à titre de principale source de revenu personnel (catégorie de référence)	0,61	0,19	0,11
Insécurité alimentaire	0,76*	0,39*	0,28*
Sécurité alimentaire (catégorie de référence)	0,59	0,18	0,10
Déterminants intermédiaires - Accès à des ressources en matière de santé			
N'a pas de médecin régulier	0,49*	0,17*	0,14
A un médecin régulier (catégorie de référence)	0,67	0,24	0,14
N'a pas rendu visite ou parlé à un professionnel de la santé au cours de la dernière année	0,37*	0,10*	0,06[E]
A rendu visite ou parlé à un professionnel de la santé au cours de la dernière année (catégorie de référence)	0,68	0,24	0,15
A consulté un professionnel des soins dentaires au cours de la dernière année	0,67*	0,29*	0,16*
N'a pas consulté de professionnel des soins dentaires au cours de la dernière année (catégorie de référence)	0,60	0,18	0,12
A des besoins de soins de santé non comblés	0,81*	0,44*	0,32*
Aucun besoin non comblé en matière de soins de santé (catégorie de référence)	0,60	0,18	0,10
Déterminants intermédiaires - Continuité culturelle			
N'a participé à aucune activité traditionnelle lors des 12 derniers mois	0,61	0,24	0,12
A participé à une activité traditionnelle au cours des 12 derniers mois (catégorie de référence)	0,64	0,21	0,15
Peut parler très bien ou relativement bien une langue autochtone	0,70*	0,32*	0,16
Peut parler avec effort, connaît seulement quelques mots, ne peut parler du tout (catégorie de référence)	0,62	0,21	0,13
Liens familiaux autres que forts ou très forts	0,66*	0,26*	0,18*
Liens familiaux forts ou très forts (catégorie de référence)	0,61	0,20	0,11
N'a personne sur qui compter pour obtenir un soutien	0,73*	0,44*	0,22[E]
Peut compter sur au moins un membre de la famille ou une autre personne pour obtenir un soutien (catégorie de référence)	0,62	0,21	0,13
Déterminants distaux			
A fréquenté un pensionnat[4]	0,77*	0,36*	0,17
N'a pas fréquenté un pensionnat (catégorie de référence)	0,64	0,23	0,13
Un membre de la famille a fréquenté un pensionnat	0,61	0,23	0,13
Aucun membre de la famille n'a fréquenté un pensionnat (catégorie de référence)	0,62	0,20	0,12[E]

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

1. Exclut les personnes de moins de 18 ans; exclut aussi les personnes considérées comme ayant un poids insuffisant (2,2 %).
2. Exclut les personnes inactives.
3. Le tercile le plus bas comprend les ménages dont le revenu annuel après impôt (ajusté en fonction de la taille du ménage) était de 22 162,07 $ ou moins (d'après l'ENM).
4. Inclut les répondants âgés de 20 ans et plus.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Annexe B

Tableau B1
Taux de non-réponse partielle, Membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Variable	Description	pourcentage
DCHRCON	Problèmes de santé chroniques - Au moins un problème de santé chronique	3,9
GH1_01	État de santé - Autoévalué	3,2
MH_01	Santé mentale - Autoévaluée	3,4
SMK_01	Tabagisme - Type de fumeur	3,7
ALC_01	Alcool - A consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois	4,0
ALC_03	Alcool - A consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois - Cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion - Fréquence	5,5
DBMISTD	Indice de masse corporelle - Norme internationale	6,0
DPERSRM	Logement surpeuplé - Nombre de personnes par pièce	3,9
DNMOV5YR	Mobilité - Nombre de déménagements - Cinq dernières années	0,5
DNMOV1YR	Mobilité - Nombre de déménagements - 12 derniers mois	0,2
DFOODSEC	Degré de sécurité alimentaire du ménage	4,2
FS_06	Sécurité alimentaire - Avait faim mais n'avait pas d'argent pour acheter des aliments - 12 derniers mois	3,9
GH2_01	Médecin régulier	3,4
DCONSULT	A consulté un professionnel de la santé - 12 derniers mois	3,4
GH2_04	Professionnel des soins dentaires - Dernière consultation	4,2
GH2_06	Besoins de soins de santé non comblés - 12 derniers mois	3,6
DTRACTYR	Participation à des activités traditionnelles au cours de la dernière année	2,9
DTRACTIN	Participation à des activités traditionnelles pour gagner de l'argent ou compléter son revenu	3,3
LAN_01	Langue - Parle une langue autochtone	1,8
LAN_04	Langue - Capacité de parler sa langue autochtone maternelle	3,3
LAN_09	Langue - Importance de parler/comprendre une langue autochtone	2,1
CS_02	Force des liens familiaux - Membres de la famille vivant dans la même collectivité mais dans un autre ménage	5,6
DCOMMSUP	Personne vers qui se tourner pour obtenir du soutien	4,3
RS_01	Fréquentation d'un pensionnat	2,1
DRSCHATT	Fréquentation d'un pensionnat par un membre de la famille	23,9

Note : Les pourcentages de non-réponse sont fondés sur des estimations pondérées. Les réponses « ne sait pas », « refus » et « non déclaré » sont prises en compte.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Références

Assemblée des Premières Nations, 2007, *Draft Framework, Gender Balancing: Restoring our Sacred Circle*, Ottawa (Ontario).

Association médicale canadienne, 2013, *Les soins de santé au Canada – Qu'est-ce qui nous rend malades? Rapport des assemblées publiques de l'Association médicale canadienne*, disponible à l'adresse Internet https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/What-makes-us-sick-f.pdf.

Bombay, A., K. Matheson et H. Anisman, 2009, « Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada », *Journal of Aboriginal Health*, pp. 6-47.

Bougie, E. et S. Senécal, 2010, « Registered Indian children's school success and intergenerational effects of residential schooling in Canada », *The International Indigenous Policy Journal*, vol. 1, pp. 1-41.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, *Déterminants sociaux – Le logement : Un déterminant social de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis*, disponible à l'adresse Internet http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/20/Housing%20%28French%29.pdf.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2010, *Le logement : Un déterminant social de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis.*

Chandler, M.J., 2000, « Surviving time: The persistence of identity in this culture and that », *Culture & Psychology*, vol. 6, nº 2, pp. 209-231.

Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015, *Ce que nous avons retenu : Les principes de la vérité et de la réconciliation.*

Connor Gorber, S., M. Shields, M.S. Tremblay and I. McDowell, 2008, « La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité », *Rapports sur la santé*, vol. 9, nº 3, Statistique Canada, nº 82-003-X au catalogue.

Dockery, A.M., 2012, « Do traditional culture and identity promote the wellbeing of Indigenous Australians? Evidence from the 2008 NATSISS », *Survey analysis for Indigenous policy in Australia: Social science perspectives*, monographie de recherche nº 32, Centre for Aboriginal Economic Policy Research, Australian National University E Press, Canberra, pp. 281-305.

Dockery, A.M., 2010, « Culture and wellbeing: The case of Indigenous Australians », *Social Indicators Research*, vol. 99, nº 2, pp. 315-332.

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations, Ottawa (Ontario), Centre des Premières Nations, chapitre 13, tableau 2, pp. 134-136.

Findlay, L. et T. Janz, 2012, « La santé des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de 6 ans », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, nº 82-003-X au catalogue.

Institut canadien d'information sur la santé, 2012, « Le rôle du soutien social dans l'atténuation de la détresse psychologique », *Analyse en bref – Facteurs qui influent sur la santé*, disponible à l'adresse Internet https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_ReducingPsychological%20DistressFR-web.pdf.

McIvor, O., A. Napoleon et K.M. Dickie, 2009, « Language and culture as protective factors for at-risk communities », *Journal of Aboriginal Health*, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), pp. 6-25.

Mikkonen, J. et D. Raphael, 2010, *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Toronto (Ontario), Université York, École de politique et de gestion de la santé.

Navaneelan, T. et T. Janz, 2014, « Ajuster l'aiguille de la balance : l'obésité dans la population canadienne après correction pour tenir compte du biais des répondants », *Coup d'œil sur la santé*, Statistique Canada, nº 82-624-X201400111922 au catalogue.

Organisation mondiale de la Santé, 2013, *Déterminants sociaux de la santé*, disponible à l'adresse Internet www.who.int/social_determinants/fr/.

Park, J., M. Tjepkema, N. Goedhuis et J. Pennock, 2015, « Mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge

adulte au Canada : une analyse de cohorte », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue.

Reading, C. et F. Wien, 2009, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Prince George (Colombie-Britannique), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Reading, J., 2009, *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie*, Sous-comité sénatorial sur la santé de la population.

Ryan, C. J., M J. Cooke, S. T. Leatherdale, S. I. Kirkpatrick et P. Wilk, 2015, « The correlates of current smoking among adult Métis: Evidence from the Aboriginal Peoples Survey and Métis Supplement », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 106, nº 5, pp. 271-276.

Santé Canada, 2011, *Préoccupations liées à la santé – Le tabagisme et votre corps*, disponible à l'adresse Internet http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/index-fra.php.

Santé Canada, 2013, *Préoccupations liées à la santé – alcool*, disponible à l'adresse Internet http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alc/index-fra.php.

Siltanen, J. et A. Doucet, 2008, *Gender Relations in Canada: Intersectionality and Beyond*, Toronto (Ontario), Oxford University Press.

Snyder, M. et K. Wilson, 2012, « Urban Aboriginal mobility in Canada: Examining the association with health care utilization », *Social Science & Medicine*, vol. 75, pp. 2420-2424.

Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2004, « Série sur le logement selon les données du Recensement de 2001 : numéro 6 révisé – Ménages autochtones », *Le point en recherche*, Série socio-économique 04-036, Ottawa (Ontario).

Statistique Canada, 2013, « Consommation abusive d'alcool, 2012 », *Feuillets d'information sur la santé*, nº 82-62-X au catalogue.

Tarasuk, V., 2009, « Health implications of food insecurity », *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, deuxième édition, sous la direction de Dennis Raphael, Toronto (Ontario), Canadian Scholars' Press Inc.

Vérificatrice générale du Canada, 2011, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à l'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest – Programmes et services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest – 2011*, Ottawa (Ontario), ministère de la Santé et des Services sociaux.

Willows, N., P. Veugelers, K. Raine et S. Kuhle, 2011, « Liens entre l'insécurité alimentaire du ménage et les résultats pour la santé chez les Autochtones (excluant les réserves) », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, nº 82-003-X au catalogue.

Wilson, K. et M. W. Rosenberg, 2002, « Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: can existing frameworks accommodate traditional activities? », *Social Science & Medicine*, vol. 55, pp. 2017-2031.